

氏名	男 ・ 女		血液型	型()
かかりつけ	医療機関名 (担当医師)		電話番号	平熱
	()			
	()			度 分
新生児期	出産時の異常 なし ・ あり ()			
予防接種	ヒブワクチン (初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		BCG	
	小児用肺炎球菌 (初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		水痘 (初回 ・ 追加)	
	四種混合 (I 期 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)		インフルエンザ… 最新 年 月	
	MR(麻しん・風しん混合) (I 期 ・ II 期)		他に受けたもの	
	日本脳炎 (I 期 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ II 期)			
今までに予防接種を受けたもの ↑ ・ なかった病気 ↓ とその内容に○をつける、または記入してください				
今までに かかった病気	喘息・喘息様気管支炎(薬の服用は、毎日・不調時のみ)		突発性発疹	水ぼうそう
	アトピー性皮膚炎(治療継続中・悪化時に治療)		麻しん(はしか)	おたふくかぜ
	川崎病(心臓合併症は…なし・あり)		風しん	百日咳
	熱性けいれん(座薬指示は…なし・あり)		てんかん	
	(初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまでに 回)		他	
入院の経験	ない ・ ある	(病名) 、 歳 ヶ月のとき、 日間入院		
		(病名) 、 歳 ヶ月のとき、 日間入院		
		(病名) 、 歳 ヶ月のとき、 日間入院		
		(病名) 、 歳 ヶ月のとき、 日間入院		
常時服用の薬	ない ・ ある ()			
アレルギー	ない ・ ある ()			
	食事制限 … ない ・ ある ()			

※保険証コピー貼り付け欄

◎持病、体質などで配慮してほしいことがあれば記入してください

保険証のコピーを貼る

※年度が変わったら、また記入していただきます。記載内容、保険証に変更があった場合はお知らせください。